

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK, PENGETAHUAN, DAN SIKAP DENGAN
KEBIASAAN MEROKOK KELUARGA MISKIN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS GUNUNG TUA KECAMATAN PANYABUNGAN
KABUPATEN MANDAILING NATAL TAHUN 2012**

Mawaddah¹, Juanita², Siti Khadijah Nasution²

¹Alumni Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara

²Staf Pengajar Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, FKM

Universitas Sumatera Utara, Medan, 20155, Indonesia

email: **mawaddah11@students.usu.ac.id**

ABSTRACT

Smoking is one habit or lifestyle is not good. smoking behavior seen from different points of view is very harmful, both for himself and those around him. In addition to adversely affect the healthy, smoking habit will impact economic losses large enough for the family and the community. Indonesian Forum on Parliamentarians for Population and Development (IFPPD) reveals the link cigarettes with poverty. Two of the three fathers in Indonesia are smokers. With poor families in Indonesia reached 19 million, 12 million heads of poor households to be smokers.

The type of the research was analytic with design cross sectional. Data analysis using chi square test with a total sample are 95 poor households. This research purpose to determine the relationship characteristics, knowledge, and attitudes with smoking habits of poor families in the working area Gunung Tua Puskesmas Kecamatan Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal.

The results of the research showed that there was no relationship between respondents age with smoking habit ($p = 0,943$), there was no relationship between education with smoking habit ($p = 1,000$), there was the relationship between respondents work with smoking habit ($p = 0,003$), there was the relationship between respondents income with smoking habit ($p < 0,001$), there was no relationship between respondents knowledge about cigarette with smoking habit ($p = 0,665$), there was the relationship between respondents attitude with smoking habit ($p = 0,002$), and there was the relationship between respondents psychological with smoking habits ($p = 0,032$).

It is recommended that health workers at Gunung Tua Puskesmas and the agencies related to it should provide counseling, make a program about the dangers of smoking, approach to poor families and work with families in an effort to minimize or even eliminate the smoking habit.

Keywords: *Smoking behavior, poor families, characteristics, knowledge, attitudes*

Pendahuluan

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Kesehatan yang demikian yang menjadi dambaan setiap orang sepanjang hidupnya. Tetapi datangnya penyakit

merupakan hal yang tidak bisa ditolak meskipun kadang-kadang bisa dicegah atau dihindari (Soejoeti, 2008).

Pola penyakit pada masa lalu didominasi oleh penyakit infeksi dan kurang gizi. Namun, saat ini pola penyakit telah digantikan oleh penyakit modern yang muncul sebagai akibat dari gaya hidup, misalnya jantung koroner, stroke, kecing manis, obesitas, sindrom metabolik,

HIV/AIDS, kecelakaan lalu lintas, defresi, bunuh diri, dan lain-lain (Suharjo, 2008).

Merokok merupakan salah satu kebiasaan atau pola hidup yang tidak sehat. Perilaku merokok dilihat dari berbagai sudut pandang sangat merugikan, baik untuk diri sendiri maupun orang di sekelilingnya. Merokok juga merupakan salah satu masalah yang serius karena pengaruhnya pada berbagai aspek, yaitu aspek kesehatan, aspek ekonomi, aspek sosial, dan budaya (Aditama, 1997).

Dari hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2010 menunjukkan prevalensi merokok di Indonesia mencapai 34,7% dari total jumlah penduduk. Jumlah ini meningkat tajam dibandingkan tahun sebelumnya hanya sekitar 30%. Lebih memprihatinkan lagi, usia produktif menjadi perokok berat. Menurut riset terakhir yang dibiayai WHO dan *American Cancer Society*, sekitar 70% lelaki Indonesia perokok, dan ada sebanyak 3% perempuan merokok (Chamim, 2011).

Selain berdampak buruk terhadap kesehatan, kebiasaan merokok akan membawa dampak kerugian ekonomi yang cukup besar bagi keluarga dan masyarakat. Sepanjang tahun 2006, produksi rokok mencapai 225 miliar batang, dan sebagian besar diserap oleh orang miskin. Pendapatan utama industri rokok pada kenyataannya datang dari kalangan miskin (Chamim, 2011).

Indonesia Forum on Parliamentarians for Population and Development (IFPPD) mengungkapkan kaitan rokok dengan kemiskinan. Dua dari tiga ayah di Indonesia adalah perokok. Dengan keluarga miskin di Indonesia yang mencapai 19 juta, ada 12 juta kepala rumah tangga miskin yang menjadi perokok (Chamim, 2011).

Melihat dari data yang ada dan fenomena yang terjadi di lapangan mengenai kebiasaan merokok ini sangat memprihatinkan. Apalagi perilaku merokok lebih didominasi oleh mereka dari keluarga miskin. Bagi mereka hal ini akan menciptakan beban ganda yang harus

ditanggung, karena merokok akan mengganggu kesehatan sehingga akan lebih banyak lagi biaya yang dikeluarkan untuk mengobati penyakitnya.

Puskesmas Gunung Tua dengan jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas ini sebanyak 17303 jiwa yang terdiri dari 7958 laki-laki dan 9345 jiwa perempuan, dengan jumlah kepala keluarga sebanyak 3894. Pekerjaan penduduk di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tua mayoritas petani, pedangan, buruh harian, dan PNS. Tingkat pengangguran di wilayah ini cukup tinggi. Kuota Jamkesmas untuk masyarakat miskin di wilayah Puskesmas Gunung Tua pada tahun 2012 mencapai 14.326 jiwa (Profil Puskesmas Gunung Tua, 2012).

Kebiasaan merokok berpengaruh pada peningkatan angka kesakitan. Angka kesakitan penduduk didapat dari data yang berasal dari masyarakat (community based data) yang diperoleh melalui pengumpulan data Puskesmas Gunung Tua melalui sistem pencatatan dan pelaporan yang ada gambaran sepuluh penyakit terbesar pada pasien rawat jalan di puskesmas pada bulan September 2011 sampai Agustus 2012 menunjukan Infeksi Saluran Akut (ISPA) menduduki peringkat pertama. Dimana pada bulan terakhir Agustus 2011 terdapat sebanyak 154 penderita atau 21,32 % (Profil Puskesmas Gunung Tua, 2012).

Melihat dari data dan fenomena yang ada maka penulis mengambil judul yaitu “Hubungan karakteristik, pengetahuan, dan sikap dengan kebiasaan merokok keluarga miskin yang di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Madina tahun 2012”.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka yang menjadi perumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

Apakah ada hubungan antara karakteristik, pengetahuan, dan sikap dengan kebiasaan merokok keluarga miskin di wilayah kerja Puskesmas

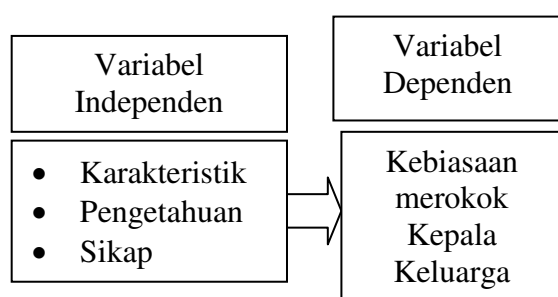
Gunung Tua Kecamatan Panyabungan

Tujuan penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara karakteristik, pengetahuan, dan sikap dengan kebiasaan merokok keluarga miskin di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Madina tahun 2012.

Kerangka Konsep

Berdasarkan tujuan penelitian dan landasan teori yang dikemukakan diatas, maka kerangka konsep penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1. Kerangka konsep Penelitian

Hipotesis Penelitian

Ada hubungan antara karakteristik, pengetahuan, dan sikap dengan kebiasaan merokok pada keluarga miskin di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Madina tahun 2012.

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian survey bersifat analitik dengan rancangan *crossecsional*, yaitu menggambarkan hubungan karakteristik,

Data primer diperoleh dari wawancara langsung dengan menggunakan kuesioner. Sedangkan data sekunder diperoleh dari instansi terkait penelitian, yaitu :

- Badan Pusat Statistik Provinsi Sumatera Utara

Kabupaten Madina tahun 2012?

pengetahuan, dan sikap dengan kebiasaan merokok keluarga miskin.

Penelitian dilakukan di Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal, yaitu di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tua. Peneliti mengambil lokasi ini karena dari data Rikesda 2007 menunjukkan bahwa ada sebanyak 26,6% jumlah perokok di Kabupaten Mandailing Natal dari seluruh Kabupaten yang ada di Sumatera Utara.

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga miskin di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tua yaitu sebesar 1604 keluarga miskin.

Besar sampel diperoleh dengan rumus (Taro Yamane yang dikutip oleh Notoatmodjo, 2005). Sampel penelitian ini adalah kepala keluarga miskin. Dari hasil perhitungan menggunakan rumus Taro Yamane diperoleh sampel sebesar 94,13 kepala keluarga miskin, tapi sampel yang diambil dibulatkan menjadi 95 kepala keluarga miskin. Cara penarikan sampel dilakukan dengan cara *purposive sampling*. Jumlah sampel dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Sampel Menurut Populasi

No	Nama Desa	Jmlh Populasi	Perhitungan	Sampel
1	Desa Gunung Barani	147	147/1604×95	9
2	Desa Manyabar	155	155/1604×95	9
3	Desa Saba Jambu	30	30/1604×95	2
4	Desa Sarak Matua	80	80/1604×95	5
5	Desa Lumban Pasir	125	125/1604×95	7
6	Desa Gunung Tua Jae	293	293/1604×95	18
7	Desa Gunung Tua Julu	162	162/1604×95	10
8	Desa Gunung Tua Tonga	151	151/1604×95	9
9	Desa Iparbondar	139	139/1604×95	8
10	Desa Panggorengan	36	36/1604×95	2
11	Desa Kampung Padang	94	94/1604×95	5
12	Desa Sigalapang Julu	145	145/1604×95	8
13	Desa Sopo Batu	47	47/1604×95	3
Jumlah		1604		95

- Badan Pusat Statistik Mandailing Natal
- Dinas Kesehatan Kabupaten Mandailing Natal
- Puskesmas Gunung Tua Panyabungan
- Kantor Camat Panyabungan

Aspek Pengukuran Variabel Independent

Variabel independent terdiri dari karakteristik, pengetahuan, dan sikap. Secara rinci skala pengukuran variabel independent dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Aspek Pengukuran Variabel Independent Berupa Karakteristik, Pengetahuan, dan Sikap.

Variabel	Jumlah Indikator	Kategori jawaban	Bobot Nilai	Kategori variable	Skor (%)	Skala Ukur
Umur		1. Umur 25-29 tahun 2. Umur 30-34 tahun 3. Umur 35 ke atas		1. Muda 2. Sedang 3. Tua		Interval
Pendidikan		1. Tidak sekolah/Tamat SD 2. Tamat SLTP/SLTA 3. Perguruan Tinggi		1. Tinggi 2. Sedang 3. Rendah		Ordinal
Jenis Pekerjaan		1. Petani 2. Pedagang 3. Buruh harian 4. Tidak bekerja				Nominal
Pendapatan		1. ≤Rp. 1.320.000 2. >Rp. 1.320.000		1. ≤ UMK 2. > UMK		Ordinal
Pengetahuan	15	1. Tahu 2. Tidak Tahu	2 1	1. Baik 2. Buruk	1. 23-30 2. 15-23	Ordinal
	15	1. Sangat Setuju 2. Setuju 3. Netral 4. Tidak Setuju 5. Sangat Tidak Setuju	5 4 3 2 1	1. Baik 2. Buruk	1. 57-75 2. 38-56	Ordinal
Psikologis	8	1. Ya 2. Tidak	2 1	1. Baik 2. Buruk	1. 12-16 2. 8-12	Ordinal

Aspek Pengukuran Variabel Dependent

Variabel dependent meliputi kebiasaan merokok. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 3. berikut ini.

Tabel 3. Aspek Pengukuran Variabel Dependent Kebiasaan merokok

Variabel	Jumlah Indikator	Kategori jawaban	Bobot Nilai	Kategori variabel	Skor (%)	Skala Ukur
Kebiasaan merokok	10	1. Sangat Buruk 2. Buruk	2 1	1. Sangat Buruk 2. Buruk	1. 15-20 2. 10-14	Ordinal

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan program komputer yaitu uji *chi square* dan *fisher exact* yaitu untuk mengetahui hubungan karakteristik, pengetahuan, dan sikap keluarga miskin

dengan kebiasaan merokok. Apabila dengan uji *chi square* tidak memenuhi syarat maka dilanjutkan dengan uji *fisher exact*.

Hasil dan Pembahasan

Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Gambaran Umum Lokasi Penelitian yaitu Puskesmas Gunung Tua terletak di wilayah kecamatan Panyabungan tepatnya di desa Gunung Tua Julu dengan luas wilayah 15. 116,14 Ha. Yang terdiri dari dataran rendah dan pegunungan. Wilayah kerja puskesmas Gunung Tua terdiri dari 13 desa yaitu : Desa Gunung Barani, desa Manyabar, desa Saba Jambu, desa Sarak Matua, desa Lumban Pasir, desa Gunung Tua Jae, desa

Gunung Tua Julu, desa Gunung Tua Tonga, desa Iparbondar, desa Panggorengan, desa Kampung Padang, desa Sigalapang Julu, dan desa Sopo Batu (desa terpencil).

Puskesmas Gunung Tua mempunyai 1 (satu) puskesmas pembantu yang terletak di desa Manyabar. Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tua tahun 2012 adalah 17.303 jiwa yang terdiri dari 7.958 jiwa laki-laki dan 9.345 jiwa perempuan. Jumlah kepala keluarga wilayah kerja Puskesmas Gunung

Tua 3.894 (Profil Puskesmas Gunung Tua, 2012).

Analisi Univariat

Karakteristik Responden

Karakteristik responden kepala keluarga miskin meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, dan status merokok. Hal ini dapat dilihat pada tabel 4. berikut ini :

Tabel 4. Distribusi Karakteristik Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2012

No	Umur	F	%
1	25-29 Tahun	14	14,7
2	30-34 Tahun	20	21,1
3	≥ 35 Tahun	61	64,2
Pendidikan		F	%
1	Tidak tamat/SD	46	48,4
2	Tamat SLTP/SLTA	49	51,6
Jenis Pekerjaan		F	%
1	Petani	60	63,2
2	Pedagang	3	3,2
3	Buruh harian	22	23,2
4	Lainnya	10	10,4
Penghasilan		F	(%)
1	≤ UMK	86	90,5
2	> UMK	9	9,5
Status Merokok		F	%
1	Merokok	94	98,9
2	Tidak Merokok	1	1,1

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat, bahwa umur responden paling banyak yaitu pada kelompok umur ≥ 35 Tahun yaitu sebanyak 61 responden (64,2%), pekerjaan responden paling banyak bekerja sebagai petani yaitu 60 responden (62,2%), dan penghasilan paling banyak ≤ UMK Rp. 1.320.000,- yaitu 86 responden (90,5%).

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan dengan Kebiasaan Merokok di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2012

No	Tingkat Pengetahuan	F	%
1	Baik	50	52,6
2	Buruk	45	47,4
Jumlah		95	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa, sebagian besar tingkat pengetahuan responden tentang rokok berada pada kategori baik yaitu 50 orang (52,6%), sedangkan yang berpengetahuan buruk ada sebanyak 45 responden (47,4%).

Tabel 6. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Sikap dengan Kebiasaan Merokok di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2012

No	Tingkat Sikap	F	%
1	Baik	65	68,4
2	Buruk	30	31,6
Jumlah		95	100

sebagian besar sikap responden dengan kebiasaan merokok berada pada kategori baik yaitu 65 orang (68,2%).

Tabel 7. Distribusi Kebiasaan Merokok Responden Berdasarkan Jenis Perokok di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2012

N o	Jumlah batang rokok perhari dan jenis perokok	F	%
1	Perokok ringan (<10 batang per hari)	20	21,1
2	Perokok sedang (11-20 batang per hari)	28	29,5
3	Perokok berat (> 20 batang per hari)	47	49,4
Jumlah		95	100

Berdasarkan tabel 7. Dapat dilihat bahwa, perokok ringan (merokok kurang dari 10 batang perhari) ada sebanyak 20 responden (21,1%), sedangkan perokok berat (merokok lebih dari 20 batang perhari) ada sebanyak 47 responden (49,4%).

Tabel 8. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kebiasaan Merokok di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2012

No	Tingkat Kebiasaan Merokok	F	%
1	Sangat Buruk	90	94,7
2	Buruk	5	5,3
Jumlah		95	100

Berdasarkan tabel diatas diperoleh bahwa sebagian besar kebiasaan merokok responden di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2012 berada pada kategori sangat buruk yaitu 90 orang (94,7%).

Analisis Bivariat **Hubungan Karakteristik, pengetahuan, sikap, dan psikologis dengan Kebiasaan Merokok Keluarga Miskin.**

Tabel 9. Hubungan Karakteristik, pengetahuan, sikap, dan psikologis dengan Kebiasaan Merokok Keluarga Miskin di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2012

Kebiasaan Merokok						
No	Umur	Sangat Buruk		Buruk		P
		F	%	F	%	
1	25-29 Tahun	13	13,6	1	1,1	0,943
2	30-34 Tahun	19	20	1	1,1	
3	≥ 35 Tahun	58	61	3	3,2	
Jumlah		90	94,7	5	5,3	
Pendidikan		F	%	F	%	P
1	Tidak Tamat/SD	44	46,3	2	2,1	1,000
2	Tamat SLTP/SLTA	46	48,4	3	3,2	
Jumlah		90	94,7	5	5,3	
Pekerjaan		F	%	F	%	P
1	Petani	58	61	2	2,1	0,003
2	Pedagang	3	3,2	0	0	
3	Buruh Harian	22	23,2	0	0	
4	Lainnya	7	7,3	3	3,2	
Jumlah		90	94,7	5	5,3	
Penghasilan		F	%	F	%	P
1	≤ UMK Rp. 1.320.000	86	90,5	0	0	0,001
2	> UMK Rp. 1.320.000	4	4,2	5	5,3	
Jumlah		90	94,7	5	5,3	
Pengetahuan		F	%	F	%	P
1	Baik	48	50,5	2	2,1	0,665
2	Buruk	42	44,2	3	3,2	
Jumlah		90	94,7	5	5,3	

Sikap		F	%	F	%	P
1	Baik	65	68,4	0	0	0,002
2	Buruk	25	26,3	5	5,3	
Jumlah		90	94,5	5	5,3	
Psikologis		F	%	F	%	P
1	Baik	77	81,1	2	2,1	0,032
2	Buruk	13	13,6	3	3,2	
Jumlah		90	94,7	5	5,3	

Hubungan Umur dengan Kebiasaan Merokok Keluarga Miskin

Berdasarkan tabel 9. dapat dilihat hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh nilai $p = 0,943 > 0,05$ yang menunjukan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kebiasaan merokok keluarga miskin. Hal tersebut terjadi karena umur bukanlah satu-satunya faktor yang mempengaruhi perilaku merokok responden.

Menurut asumsi penulis perilaku merokok kepala keluarga miskin sudah menjadi kebiasaan, dan perilaku merokok ini sudah menjadi hal yang wajar di kalangan masyarakat. Hal ini sesuai dengan Tomkins (dalam Dariyo, 2004) bahwa alasan individu untuk memiliki perilaku kebiasaan merokok karena *habitual* (ketergantungan psikologis) ialah perilaku yang sudah menjadi kebiasaan.

Penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Muhamad FI, 2008 menunjukan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kebiasaan merokok.

Hubungan Pendidikan dengan Kebiasaan Merokok Keluarga Miskin

Berdasarkan tabel 9. Diatasmenunjukkan bahwa, dengan menggunakan uji *chi square* tidak dapat dilakukan karena terdapat 2 sel yang nilai *expected count* kurang dari 5 sehingga menggunakan uji *Exact Fisher* diperoleh nilai $p = 1,000$, sehingga secara statistik dapat diartikan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kebiasaan merokok keluarga miskin di wilayah Kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal.

Menurut YB Mantra yang dikutip Notoadmodjo (2003), pendidikan dapat

mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan (Wawan, 2011) pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

Latar belakang pendidikan mempengaruhi pemahaman seseorang akan bahaya merokok bagi kesehatan. Penulis berasumsi dengan latar belakang pendidikan keluarga yang rendah dimana paling tinggi tamat SLTP/SLTA sebanyak 49 responden (51,6%), responden mempunyai kecenderungan untuk mengabaikan kesehatan mereka.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian di Amerika Serikat yang menyatakan adanya hubungan erat antara kebiasaan merokok dengan latar belakang pendidikan perokok. *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dalam laporannya yang bertajuk *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2008 mengatakan perokok dengan pendidikan diploma merupakan yang tertinggi dengan 44%. Sementara itu, perokok yang pernah mengenyam pendidikan 9-11 tahun mempunyai tingkat prevalensi 33,3%, dan perokok yang berlatar belakang sarjana jauh lebih rendah lagi, yaitu sebesar 6,2% (Kastrat, 2011).

Hubungan Pekerjaan dengan Kebiasaan Merokok Keluarga Miskin

Berdasarkan tabel 9. diatas hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh nilai $p = 0,003 < 0,05$, sehingga secara statistik dapat diartikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kebiasaan merokok keluarga. Hal ini sejalan dengan hasil Rikesda tahun 2010 yang menyatakan bahwa prevalensi merokok paling tinggi menurut pekerjaan petani/nelayan/buruh yaitu sebanyak 42,5 %.

Dari hasil wawancara dengan kepala keluarga miskin paling banyak responden bekerja sebagai petani yaitu 60 kepala keluarga dan 58 diantaranya

terbiasa merokok. Kebiasaan merokok dilakukan responden untuk mengisi waktu luang saat istirahat, kebiasaan ini dilakukan untuk mendapatkan suatu kenikmatan, walaupun menurut pengakuan responden sifatnya hanya sementara saja. Menurut responden rokok adalah teman terbaik saat bekerja yang bisa meningkatkan semangat mereka dalam bekerja.

Dari hasil wawancara dengan responden ada sebanyak 39 responden (41,1%) yang merokok saat bekerja dan sebanyak 56 responden (58,9%) yang tidak merokok saat bekerja. Menurut asumsi penulis hal yang menyebabkan responden lebih banyak merokok pada saat tidak bekerja dikarenakan jika responden merokok saat bekerja akan menghabiskan waktu dan bisa membuat produktivitas bekerja menurun.

Hubungan Penghasilan dengan Kebiasaan Merokok Keluarga Miskin

Berdasarkan tabel 9. diatas analisis statistik dengan menggunakan uji *chi square* tidak dapat dilakukan karena terdapat 2 sel yang nilai *expected count* kurang dari 5 sehingga menggunakan uji *Exact Fisher* diperoleh nilai $p = 0,000 < 0,05$, sehingga secara statistik dapat diartikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara penghasilan dengan kebiasaan merokok keluarga miskin.

Penghasilan yang rendah tidak menghalangi kepala keluarga untuk menghentikan kebiasaan merokoknya. Hal ini disebabkan karena harga rokok yang tidak mahal dan boleh dibeli perbatang sehingga responden dapat membeli rokok sesuai dengan keinginan mereka. Menurut hasil Rikesda 2010 menyatakan bahwa kebiasaan merokok cenderung meningkat dengan meningkatnya status ekonomi.

Pengeluaran rokok rata-rata kepala keluarga miskin di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tua yaitu sebesar Rp. 13.000,-. Dilihat dari penghasilan yang sebagian besar dibawah Upah Minimum Kabupaten (UMK) Mandailing Natal hal

ini pasti akan memperberat kondisi keuangan keluarga. Dari hasil wawancara dengan responden sebanyak 76 responden (79,2%) menjawab bahwa belanja rokok kepala keluarga mempengaruhi pengeluaran untuk konsumsi makanan.

Hubungan Pengetahuan dengan Kebiasaan Merokok Keluarga Miskin

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba (Notoatmodjo, 2003).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari hasil wawancara ada sebanyak 50 responden pengetahuan baik sebanyak 48 responden (50,5%) yang kebiasaan merokoknya sangat buruk dan 2 responden (2,1%) yang kebiasaan merokoknya buruk. Analisis statistik dengan menggunakan uji *chi square* tidak dapat dilakukan karena terdapat 2 sel yang nilai *expected count* kurang dari 5 sehingga menggunakan uji *Exact Fisher* diperoleh nilai $p = 0,665 > 0,05$, sehingga secara statistik dapat diartikan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kebiasaan merokok keluarga miskin di wilayah Kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal.

Hal ini sejalan dengan penelitian Purba (2009) yang menyatakan tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kebiasaan merokok. Kepala keluarga miskin yang mengetahui bahaya merokok terhadap kesehatan cukup tinggi yaitu 90,5%. Menurut asumsi penulis hal ini berkaitan dengan adanya peraturan yang mewajibkan iklan rokok di media cetak maupun elektronik serta di setiap bungkus rokok untuk mencantumkan bahaya merokok terhadap kesehatan termasuk penyakit yang diakibatkannya. Dengan demikian, makin gencar iklan rokok di masyarakat akan meningkatkan

pengetahuan masyarakat mengenai bahaya merokok.

Oleh sebab itu pendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh pendidikan formal, akan tetapi juga diperoleh pada pendidikan non formal (Notoatmodjo, 2007).

Hubungan Sikap dengan Kebiasaan Merokok Keluarga

Berdasarkan tabel 9. diatas analisis statistik dengan menggunakan uji *chi square* tidak dapat dilakukan karena terdapat 2 sel yang nilai *expected count* kurang dari 5 sehingga menggunakan uji *Exact Fisher* diperoleh nilai $p = 0,002 > 0,05$ sehingga secara statistik dapat diartikan ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan kebiasaan merokok keluarga. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Purba (2009) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara sikap responden tentang rokok dengan kebiasaan merokok siswa SMA Parulian 1 Medan.

Dari hasil penelitian menunjukkan sebanyak 65 responden (61,1%) responden kategori sikapnya baik, akan tetapi semuanya mempunyai kebiasaan merokok yang sangat buruk. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003), sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku atau sikap merupakan suatu kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Hubungan Psikologis dengan Kebiasaan Merokok Keluarga Miskin.

Berdasarkan tabel diatas analisis statistik dengan menggunakan uji *chi square* tidak dapat dilakukan karena terdapat 2 sel yang nilai *expected count* kurang dari 5 sehingga menggunakan uji *Exact Fisher* diperoleh nilai $p = 0,032 < 0,05$ sehingga secara statistik dapat

diartikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara psikologis dengan kebiasaan merokok keluarga miskin di wilayah Kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal.

Dari hasil wawancara dengan responden dengan menggunakan kuesioner ada sebanyak 69 responden (72,6%) yang menyatakan bahwa merokok rasanya menyenangkan, merokok agar tidak bergerak lamban ada sebanyak 74 responden (77,9%), dan memegang rokok ditengah jari merupakan sebagian nikmatnya merokok ada sebanyak 57 responden (60,0%).

Perokok sulit meninggalkan rokok karena kenikmatan yang disebabkan oleh nikotin yang memiliki daya adiktif. Artinya, rokok itu memaksa perokok untuk ketagihan. Bila konsumsi rokok dihentikan, perokok bukannya merasa sehat, melainkan justru akan timbul rasa sakit dan tidak enak yang disebut *withdrawal effect* atau sakaw. Perokok sebenarnya ingin terus merokok bukan karena enak, melainkan untuk mencegah atau menghilangkan perasaan tidak enak (sakaw) yang timbul kalau ia berhenti merokok (Partodiharjo, 2010).

Dari hasil penelitian responden yang menjawab memiliki tantangan untuk menghentikan kebiasaan merokok sebanyak 56 responden (58,9%). Salah satu yang paling sering dialami oleh responden ketika ingin berhenti merokok yaitu efek psikologis nikotin, dimana efek ini selalu membuat mereka merasa harus selalu menghisap rokok, sehingga banyak dari mereka yang terikat dengan kebiasaan buruk ini. Hal ini sejalan dengan pendapat Silvan dan Tomkins (Mu'tadin, 2002), salah satu tipe perilaku merokok berdasarkan management of effect theory yaitu perilaku merokok yang adiktif, perokok yang sudah adiktif akan menambah dosis rokok yang digunakan setiap saat efek rokok yang dihisapnya berkurang.

Dari hasil wawancara keadaan yang membuat kepala keluarga merokok yang paling banyak menjawab saat mulut terasa tidak enak/saat santai/iseng yaitu sebanyak 51 responden (53,7%), dan paling sedikit saat merasa bosan sebanyak 6 responden (6,3%).

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Dinkes Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (2009) yang menyatakan setelah makan dan saat santai adalah waktu terbaik untuk merokok.

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Tidak ada hubungan antara variabel umur, pendidikan, dan pengetahuan dengan kebiasaan merokok keluarga miskin. Ada sebanyak 90,5% responden yang merokok > 5 tahun menandakan bahwa kepala keluarga sudah kecanduan nikotin yang terkandung dalam rokok dan perilaku merokok sudah menjadi kebiasaan (ketergantungan psikologis).
2. Ada hubungan yang signifikan antara variabel pekerjaan, pendapatan, sikap, dan psikologis dengan kebiasaan merokok keluarga miskin. Kebiasaan merokok dilakukan responden saat bekerja untuk mengisi waktu luang saat istirahat, kebiasaan ini dilakukan untuk mendapatkan suatu kenikmatan. Dilihat dari pendapatan ada sebanyak 79,25% responden yang menjawab bahwa belanja rokok mempengaruhi untuk konsumsi makanan.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian , maka penulis mengajukan beberapa saran sebagai berikut :

1. Diharapkan kepada petugas kesehatan puskesmas meningkatkan penyuluhan, membuat program tentang bahaya rokok yang berkelanjutan, pendekatan kepada kepala keluarga miskin, dan bekerjasama dengan keluarga dalam upaya

meminimalkan bahkan menghilangkan kebiasaan merokok.

2. Diharapkan kepada petugas puskesmas agar bekerja sama dengan organisasi kemasyarakatan, tokoh agama, tokoh adat, dan Serikat Tolong Menolong (STM) untuk menyebarluaskan informasi dan edukasi tentang bahaya merokok terhadap kesehatan.
3. Diharapkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Mandailing Natal mengambil langkah untuk membatasi iklan-iklan merokok, dan meningkatkan iklan layanan masyarakat mengenai bahaya merokok terhadap kesehatan.
4. Diharapkan kepada Pemerintah Daerah untuk mewujudkan, mensosialisasikan, dan mengevaluasi Kawasan Tanpa Rokok.
5. Diharapkan kepada Pemerintah Daerah agar bekerja sama dengan lembaga lainnya untuk menyebarluaskan informasi dan edukasi tentang bahaya merokok bagi kesehatan.

Daftar Pustaka

- Aditama, TY. 1997. **Rokok dan Kesehatan** (Edisi ketiga). Jakarta : UI Press.
- Chamim, M. Dhyatmika, W. Gaban, F. 2011. *A Giant Pack of Lies Bongkar Raksasa Kebohongan, Menyorot Kedigdayaan Industri Rokok di Indonesia*. Jakarta : KOJI Communications dan TEMPO Institute.
- Dariyo, A. 2004. **Psikologi Perkembangan Dewasa Muda**. Jakarta : Grasindo.
- Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. 2009. **Perilaku Merokok Rumah Tangga di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta**.
- Kastrat, BEM IM. 2011. **Menyikapi Persoalan Rokok di Indonesia**. Presiden RI Susilo Bambang Yudhoyono. Disampaikan pada 29 September 2011, di Istana Kepresidenan : Jakarta. Diakses pada tanggal 19 Januari 2013.
- Mu'tadin, Z. 2002. **Kemandirian Sebagai Kebutuhan Psikologi Pada Remaja**. www.e-psikologi.com (diakses pada tanggal 27 September 2012).
- Notoatmodjo, S. 2002. **Metode Penelitian Kesehatan**. Cetakan Pertama. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- 2003. **Pendidikan dan Perilaku Kesehatan**. Jakarta : Penerbit Rineka Cipta.
- 2007. **Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku**. Jakarta : Penerbit Rineka Cipta.
- Partodiharjo, S, 2010. **Kenali Narkoba dan Musuhi Penyalagunaannya**. Jakarta : Erlangga.
- Profil Puskesmas Gunung Tua Tahun 2012.
- Purba, YC. 2009. **Hubungan Pengetahuan dan Sikap Remaja Laki-laki terhadap Kebiasaan Merokok di SMU Parulian 1 Medan**. Skripsi FKM-USU Medan.
- Riset Kesehatan Dasar (RIKESDA) Tahun 2007.
- Riset Kesehatan Dasar (RIKESDA) Tahun 2010.
- Suharjo, CB. 2008. **Gaya Hidup dan Penyakit Modern**. Yogyakarta : Kanisius (Anggota IKAPI).
- Soejoeti, SZ. 2008. **Konsep Sehat, Sakit dan Penyakit dalam Konteks Sosial Budaya**. Jakarta : Pusat Penelitian Ekologi Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Wawan, A dan M, Dewi. 2011. **Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia**. Yogyakarta : Muha Medika.

